

# Prescription Cône Beam (CBCT)

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Sexe :**

M

F

Autre

## RENSEIGNEMENTS PATIENT

**Tient la position assise :**

Oui

Non

Remarques particulières :

**NOM DU PRESCRIPTEUR :**

**DATE DE PRESCRIPTION :**

**INDICATION DE L'EXAMEN :**

Recherche foyers infectieux d'origine bucco-dentaire

Autre :

## ZONE À EXPLORER

**Cône beam**

Maxillaire (Maxillaire supérieur)

Mandibule (Maxillaire inférieur)

ATM (articulation temporo-mandibulaire)

Massif facial

Sinus de la face

Rocher



Droit

Gauche

Groupe de dents : n°

Autre :

Le patient présente des éléments métalliques au niveau de la zone d'intérêt clinique

**Signature :**